

PN-ACB-245

**REUNION DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS  
FRANCOPHONES DE L'AFRIQUE  
DE L'OUEST ET LE GHANA**

Cotonou, Benin

08-12 avril 1997

Dr. MUTOMBO wa MUTOMBO

BASICS Technical Directive: 000 FA 01 017  
USAID Contract Number: HRN-00-93- 00031 00

A

## TABLE DES MATIERES

### ABREVIATIONS

RESUME .....	1
I. CONTEXTE .....	2
II. DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REUNION .....	2

### ANNEXES

ANNEXE A: PROGRAMME DE TRAVAIL DE L'ATELIER	
ANNEXE B: LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS	
ANNEXE C: PRESENTATION "Rappel des 13 analyses de base de la surveillance du PEV"	
ANNEXE D: PRESENTATION: "Elaboration d'un budget pour la surveillance"	
ANNEXE E: PRESENTATION: "Etat de la surveillance dans les pays du Bloc"	
ANNEXE F: PRESENTATION: "les indicateurs de pérennisation"	
ANNEXE G: Résultats de l'évaluation de l'atelier	
ANNEXE H: Synthèse des rencontres individuelles avec les pays	

## ABBREVIATIONS

<b>AIF</b>	AFRO Information for Action
<b>BASICS</b>	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
<b>CCIA</b>	Comité de Coordination Inter-Agences
<b>CIELSS</b>	Conseil Inter-Etat pour la Lutte contre la Sècheresse au Sahel
<b>DTC</b>	vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
<b>FJ</b>	Fièvre jaune
<b>GPVI</b>	Global Program of Vaccine and Immunization
<b>GSV</b>	Groupe Spécial sur la Vaccination
<b>HB</b>	Hépatite B
<b>IB</b>	Initiative de Bamako
<b>Initiative IV</b>	Initiative Indépendance de Vaccin (de l'Union Européenne)
<b>JNV</b>	Journée Nationale de Vaccination
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PFA</b>	Paralysie Flasque Aiguë
<b>SE</b>	Survie de l'Enfant
<b>TFI/ICC</b>	Task Force on Immunization/Interagency Coordination Committee
<b>TNN</b>	Tétanos néonatal
<b>UE</b>	Union Européenne
<b>VPO</b>	Vaccin Polio Oral

## RESUME

Dix pays du Bloc Epidémiologique de l'Afrique de l'Ouest (le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Togo et le Sénégal) se sont réunis du 8 au 12 avril 1997 à l'Hotel PLM Aledjo de Cotonou dans le cadre du partage des expériences relatives à la mise en oeuvre des stratégies pour l'éradication de la poliomyélite.

Les objectifs de la rencontre étaient: *(i)* de partager les expériences sur l'organisation des JNV dans le bloc; *(ii)* de mettre à jour les plans d'action 1997/98 sur les JNV, la surveillance des maladies cibles et le PEV de routine; *(iii)* de présenter et discuter les indicateurs de durabilité du PEV préposés par le GSV (Groupe Spécial sur la Vaccination) lors de la réunion de décembre 1996 et *(iv)* de revoir les données de surveillance de l'exercice 1996.

Les points saillants qui ont fait l'objet des présentations et des discussions pendant cet atelier sont repris ci-dessous; il s'agit de—

1. Les priorités pour le bloc épidémiologique en 1997.
2. Les stratégies et progrès de l'élimination du tétanos néo-natal (TNT).
3. Les stratégies de contrôle de la rougeole.
4. Les stratégies de lutte contre la fièvre jaune.
5. Les échange d'expériences sur l'organisation des JNV.
6. La mobilisation sociale.
7. La chaîne de froid et la logistique du PEV.
8. Les 13 analyses de base de la surveillance du PEV.
9. La situation de la surveillance dans le bloc épidémiologiques de l'Afrique de l'Ouest.
10. La budgétisation de la surveillance.
11. Présentations des pays sur les analyses effectuées dans le cadre de la surveillance.
12. Les indicateurs de durabilité du PEV.
13. Besoins prioritaires des pays en appui au cours de l'année 1997.
14. Les thèmes prioritaires à aborder lors des prochaines réunions.

## **I. CONTEXTE**

Quatre ans nous séparent encore de l'échéance de l'an 2000, années qui doivent être mis à profit pour préparer et mettre au même niveau de performance tous les pays de la région.

Dans cet perspective, l'OMS AFRO a entrepris, d'organiser par bloc épidémiologique, des ateliers relatifs à l'organisation des JNV et à la surveillance des maladies du PEV. Ces ateliers ont pour cible les directeurs nationaux des Programmes Elargis de Vaccination et les gestionnaires des données du PEV.

Pour la troisième fois les pays du Bloc Epidémiologique de l'Afrique de l'Ouest se sont rencontrés à Cotonou dans le cadre des activités visant l'éradication de la poliomyélite; la première et la seconde rencontres ayant eu lieu à Abidjan en mai et en novembre 1996.

## **II. DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REUNION**

Dix pays du Bloc Epidémiologique de l'Afrique de l'Ouest (le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Togo et le Sénégal) se sont réunis du 8 au 12 avril 1997 à l'Hotel PLM Aledjo de Cotonou dans le cadre du partage des expériences relatives à la mise en oeuvre des stratégies pour l'éradication de la poliomyélite.

Chaque pays était représenté par le directeur du PEV (à l'exception du Sénégal) et le chargé de la gestion des données du PEV. Etaient aussi présents, les épidémiologistes des représentations de l'OMS du Bénin, de la Mauritanie, du Sénégal et du Togo. Trois Rotariens en provenance du Bénin, du Mali et du Togo ont aussi pris part à la rencontre. Pour la première fois, l'UNICEF était présente à ces assises, à travers un représentant du Bureau Régional pour l'Afrique Centrale et de l'Ouest, un du bureau du Bénin et un du bureau du Ghana.

Les objectifs de la rencontre étaient: *(i)* de partager les expériences sur l'organisation des JNV dans le bloc; *(ii)* de mettre à jour les plans d'action 1997/98 sur les JNV, la surveillance des maladies cibles et le PEV de routine; *(iii)* de présenter les indicateurs de durabilité du PEV préposés par le GSV (Groupe Spécial sur la Vaccination) lors de la réunion de décembre 1996 et *(iv)* de revoir les données de surveillance de l'exercice 1996.

Les programmes de travail de l'atelier est en annexe A; la liste des participants et des facilitateurs en annexe B.

La journée du lundi 7 avril a été consacrée à la préparation des facilitateurs: les objectifs des ateliers ont été passés en revue, la méthodologie discutée, et la responsabilisation des facilitateurs par rapport aux présentations en plénière déterminée.

L'auteur a eu la charge de modérer la session sur la surveillance; au cours de cette session, il a effectué les présentations sur "*le rappel des 13 analyses de base de la surveillance du PEV,*" "*l'élaboration d'un budget pour la surveillance*"; en outre, il a eu à faire le point sur "*l'état de la surveillance dans les pays présents*"; une autre présentation concerne "*les indicateurs de pérennisation du PEV.*" (voir annexes C, D, E et F)

L'auteur a eu aussi la responsabilité de concevoir un outil d'évaluation journalière de la réunion à l'intention des participants. Les outils ainsi que les résultats des évaluations sont en annexe G.

En marge de l'agenda de l'atelier, des rencontres individuelles avec les pays ont été organisées. L'objectif visé était de discuter des problèmes spécifiques du programme qui n'ont pas (ou ne pouvaient pas être discutés en plénière), de discuter des problèmes spécifiques posés par le PEV de routine et par la surveillance et de déterminer les besoins prioritaires en appui. Le point sur ces rencontres individuelle est fait dans l'annexe H.

Les points saillants de cet ateliers sont regroupés ci-dessous par session:

### **1. Priorités pour le bloc épidémiologique en 1997**

Elles ont été résumés en six points:

- a. Promotion de la bonne gestion du programme PEV de routine y compris la chaîne du froid et l'approvisionnement en vaccins. Un canevas pour l'évaluation de la gestion du programme PEV est en élaboration; il sera mis à la disposition de tous les pays. Une revue de programme sera effectuée dans un ou deux pays (planning, gestion, chaîne de froid, sécurité des injections).
- b. Organisation, dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, des JNV synchrones pendant la période du 27 octobre au 2 novembre et du 1 au 7 décembre. L'expérience des JNV de 1996 a montré que les mois de janvier, février et mars correspondent à la période d'épidémies de rougeole et méningite; cela a constitué un élément perturbateur.

La micro planification de district est un facteur de succès des JNV; elle doit de ce fait être planifiée dès la décision de l'allocation des fonds.

Les JNV multiantigènes, associant au vaccin polio oral les vaccins anti-rougeoleux et anti-amaril, peuvent être envisagées dans un nombre limité de district (à haut risque), pour autant que les ressources et l'organisation le permettent.

- c. Les Initiatives pour le contrôle d'autres maladies cibles du PEV:
- contrôle de la rougeole
  - élimination du tétanos néonatal
  - contrôle de la fièvre jaune
- d. La surveillance épidémiologique, avec un accent particulier sur la paralysie flasque aiguë, doit démarrer dans tous les pays du bloc: organisation de rencontres avec les cliniciens des grands hôpitaux et centres de rééducation, mise en place d'un système de surveillance active, investigation des cas, collecte des échantillons de selles et envoi au labo de référence.
- e. Utilisation des guides AFRO pour la planification et la micro planification du PEV; utilisation des indicateurs pour le suivi du programme, y compris ceux proposés par le Groupe Spécial en décembre dernier sur la pérennisation du PEV.
- f. La dynamisation de la coordination inter-agence et la mobilisation des ressources en faveur du PEV:
- par la promotion des efforts de mobilisation de ressources au niveau national à travers la recherche de nouveaux partenaires (ONG, secteur privé)
  - par le plaidoyer en faveur de l'augmentation de la contribution financière de l'état

*Il a été constaté que le niveau de compréhension de la justification des JNV par les agences n'est pas toujours conforme. Il a été recommandé qu'une brochure ad hoc soit confectionnée et mise à leur disposition.*

## **2. Stratégies et progrès de l'élimination du tétanos néo-natal (TNT)**

L'élimination du tétanos néo-natal est définie comme étant la réduction de l'incidence de la maladie en dessous de 1 cas pour 1000 naissances vivantes dans chaque district d'un pays. Trois indicateurs pour ont été retenus—

- (i) <1 cas pour 1000 naissances vivantes, avec une complétude des rapports de plus de 80 pour cent
- (ii) >80 pour cent de naissances propres
- (iii) >80 pour cent de naissances protégées, ou de couverture vaccinale TT2+

Trois stratégies de lutte contre le TNN—

- (i) vaccination des femmes enceintes contre de le tétanos en routine et vaccination de toute femme en âge de procréer, pendant l'approche à haut risque
- (ii) accouchement propre: fourniture de trousse d'accouchement, formation des accoucheuses et mobilisation sociale
- (iii) surveillance: revue des registres

*Les données des déclarations des pays présents montrent qu'il y a de sérieux problèmes de sous-notification. Chacun affiche des taux d'incidence du TNN en dessous de 1 cas pour 1000 naissances vivantes, alors que les taux de couverture vaccinale VT2+ sont de loin inférieurs à 80 pour cent et que les taux d'accouchement assistés restent très faibles.*

Il est un fait que la maladie a tendance à se présenter en grappe, d'où l'importance de l'approche à haut risque; celle-ci consiste à s'attaquer au problème là où il se pose; les mesures de contrôle doivent donc être concentrées dans les districts à forte prévalence: augmentation de la CV des femmes en âge de procréer avec au moins deux doses de VAT au delà de 80 pour cent; accouchement propre dans plus de 80 pour cent de cas.

Le Niger a partagé son expérience concernant l'application de l'approche à haut risque. Les trois districts qui ont enregistré le plus de cas entre 1990 et 1995 ont été choisis; il s'agit des districts de Konni, Illéla et Zinder. Les stratégies suivantes y sont en application—

- mobilisation sociale
- formation des agents de santé en gestion du PEV, en technique d'enquête des cas de TNT et au remplissage des support ad hoc
- formation des matrones sur les mesures d'hygiène lors de l'accouchement
- renforcement de logistique du PEV
- vaccination VAT des femmes enceintes pendant les séances de routine
- vaccination des femmes en âge de procréer pendant la riposte
- l'amélioration de la collecte des données de surveillance; la supervision

Le niveau de réalisation suivant a été atteint: 141 agents de santé formés dans les 3 districts; 240 matrones formées; sensibilisation de la population; ravitaillement des 3 districts en gaz et vaccin; vaccination effectives et régulières.

### **3. Stratégies de contrôle de la rougeole**

L'objectif poursuivi est de réduire la morbidité de 90 pour cent et la mortalité de 95 pour cent par rapport au niveau d'avant la mise en place de la vaccination. Quatre stratégies ont été arrêtées—

- (i) *vaccination de routine*: il s'agit d'augmenter et de maintenir à plus de 90 pour cent la couverture vaccinale antirougeoleuse chez les enfants de moins d'un an. Cela passe par la réorganisation des services, la fourniture des ressources pour les activités avancées et par la fourniture des compétences et de ressources pour la supervision et la formation continue.

L'atteinte et le maintien d'une couverture vaccinale élevée ne vous met pas à l'abri des épidémies de rougeole; en effet, le vaccin n'est pas efficace à 100 pour cent, situation qui conduit à la longue une accumulation de susceptibles qui va favoriser la circulation du virus.

- (ii) *vaccination supplémentaire* (campagnes de masse) dans les agglomérations fortement peuplées, dans les districts ayant une forte incidence de rougeole, dans les pays où la plupart des districts ont une couverture antirougeoleuse <80 pour cent et dans les pays organisant les JNV polio si les ressources le permettent.
- (iii) *surveillance épidémiologique*: établissement d'un système de surveillance efficace impliquant la communauté; elle a pour visée l'identification et le ratissage des poches de susceptibles. La surveillance des maladies cibles du PEV devra être intégrée à celle des autres maladies prioritaires.
- (iv) *prise en charge des cas*: l'inclusion de la vitamine A dans le traitement réduit la létalité des cas; la transmission nosocomiale doit être combattue, notamment par la vaccination des enfants admis à l'hôpital.

#### **4. Stratégies de lutte contre la fièvre jaune (FJ)**

En octobre 1995, l'initiative pour combattre la résurgence de la fièvre jaune en Afrique a été lancée. Trois stratégies ont été retenues—

- la surveillance, qui a pour visée la détection des cas
- la prévention des épidémies, par la vaccination de masse et par la vaccination de routine: couvrir > 80 pour cent des enfants de moins de 5 ans
- la riposte aux épidémies (stratégie non seulement chère, mais aussi perturbatrice)

Les stratégies mises en place dans la dernière épidémie de FJ du Ghana, dès l'isolement du virus sont reprises ci-dessous—

- mobilisation sociale
- soins gratuits
- sensibilisation sur le fait que chaque malade doit se présenter
- vaccination de masse
- surveillance

- enquêtes épidémiologiques dans d'autres districts pour étudier l'étendue du problème: collecte de spécimens sanguins. Il est à souligner que beaucoup de prélèvements étaient positifs pour l'hépatite B

L'épidémie a pris fin en janvier 1997.

Grâce à l'intervention de l'OMS, les donateurs se sont beaucoup mobilisés; ils ont fourni beaucoup de vaccins dont le surplus est actuellement versé dans le PEV de routine. Pour tous les pays du bloc, la disponibilité en vaccin anti- amaril est un problème. Cependant, une requête faite à l'UE, à l'USAID ou à l'UNICEF, peut être considérée favorablement.

## 5. Présentations et échange d'expériences sur l'organisation des JNV

Six pays du bloc épidémiologique (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Mauritanie et le Togo) ont organisé leur premières JNV; tous les pays, sauf la Côte d'Ivoire absente à la réunion, ont présenté leur expérience selon un canevas standard qui prend en compte (i) les préparatifs des JNV (Organisation d'ensemble, mobilisation des ressources, micro planification, mobilisation sociale); (ii) le déroulement des JNV (engagement des autorités, mobilisation sociale, vaccin et chaîne de froid, contribution des volontaires, supervision), (iii) résultats obtenus, (iv) rapport technique et financier, et (v) principales leçons tirées pour les prochaines JNV.

Il est ressorti clairement que—

- (i) la mobilisation sociale est la clé du succès des JNV, et qu'à ce titre, elle doit démarrer tôt; elle doit en outre bénéficier de fonds suffisants. L'implication des autorités politico-administratifs locales est un élément déterminant
- (ii) la détermination de la périodes des passages doit être faite de concert avec les autres ministères pour éviter les conflits avec les événements socio-culturels majeurs
- (iii) l'exercice de micro planification doit être effectué au moins trois à quatre mois avant les JNV
- (iv) la vigilance et la flexibilité doivent être de mise pour faire face et résoudre à temps les problèmes de mise en oeuvre qui peuvent se poser; d'où la nécessité de la mise en place d'un dispositif de réponse aux situations particulières pouvant surgir

Tous les pays du bloc qui ont organisé les JNV ont dépassé l'objectif de couverture de 80 pour cent (au premier et au deuxième passage); la tendance entre le premier et deuxième passage a été à l'augmentation. Les capitales et les grandes villes ont toutes enregistré des taux de couverture

faibles par rapport au reste des pays; cela a poussé les organisateurs à repenser pour les villes les stratégies de mobilisation et d'approche spécifiques pour le second passage.

Sur les 31 pays de la région africaine qui ont organisé leur premières JNV, 29 ont communiqué les résultats à AFRO: 53.041.479 enfants de moins de 5 ans sur 70.643.100 ont été vaccinés pendant le premier tour soit 75,1 pour cent; pendant le deuxième tour, 57.985.101 enfants ont été vaccinés soit 82 pour cent.

Sur les 38.7 millions de dollar US disponibles pour les JNV de 1996 dans la région africaine, le niveau et les sources des contributions se présentent comme suite: Rotary International (32.7%), CDC (19.2%), USAID (12.5%), UNICEF (13.8%), Autres partenaire (13.7%), Gouvernements (7.4%), OMS (0.7%).

## **6. Mobilisation sociale**

Les grandes ligne du plan régional pour la mobilisation sociale dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite ont été présentées et discutées. L'objectif poursuivi est d'accroître et pérenniser l'engagement politique, la conscience du public et la participation communautaire pour éradiquer la poliomyélite dans la Région Africaine. Une attention particulière a été réservée au plaidoyer et à l'usage des médias.

Plaidoyer auprès de l'Organisation de l'Unité Africaine et des autres organisations régionales, auprès du Comité pour l'Eradication de la Poliomyélite en Afrique et auprès des femmes des Présidents de la République.

Les activités d'appui aux pays en matière de mobilisation sociale ont été présentées, à savoir—

- le développement d'un guide basé sur les leçons apprises
- l'appui technique pour les pays qui en expriment la demande
- le suivi/évaluation des activités de mobilisation sociale

En marge de la rencontre des Directeurs du PEV, les points focaux de la mobilisation sociale des cinq pays présents qui ont organisé leur JNV se sont réunis et produit un guide de mobilisation sociale dans le cadre des JNV.

Le guide s'articule autour—

- (i) d'une organisation d'ensemble (constitution d'une commission nationale multisectorielle et de haut rang, d'une sous-commission multisectorielle avec la participation de tous les responsables de la mobilisation sociale au niveau du pays et la création de structures décentralisées de mobilisation sociale)

- (ii) de la micro planification: les messages sont déterminés en fonction de la cible et des mots clés relatifs aux JNV et au PEV de routine
- (ii) du déroulement de la campagne: le démarrage des activités de mobilisation sociale se fera au minimum 10 jours avant la date prévue de la vaccination; un dispositif de réponse en matière de mobilisation sociale aux situations particulières pouvant surgir pendant les JNV doit être mis en place

## 7. Chaîne de froid et la logistique du PEV

*“La logistique se définit comme tout ce que l’on met en oeuvre pour satisfaire une demande.”* Il est par conséquent recommandé de regrouper tous les éléments de la logistique (vaccins, chaîne du froid, transport) sous la responsabilité d’un cadre de préférence de niveau supérieur (ingénieur).

Cinq aspects spécifiques ont été passés en revue—

- a) L’inventaire du matériel existant; cet élément permet de
  - fournir le décompte exact des quantités d’équipement (chaîne de froid, équipement) et donner l’information technique sur chaque équipement (âge, origine, localisation, état à un moment précis)
  - planifier, sur cette base, le renouvellement et/ou l’extension du parc

Elle peut être réalisée à travers :

- les visites systématiques de toutes les infrastructures par un technicien
- le recueil d’information sur le matériel au cours des réunions au niveau du district (ex. Microplanification des JNV à partir des données de fourniture d’équipements par les bailleurs de fonds (ex UNICEF)

- b) Le monitoring et l’évaluation de la logistique :

Dans le cadre du PEV, le monitoring et l’évaluation sont deux étapes complémentaires d’une même activité qui vise l’efficacité dans l’application des plans et l’atteinte des résultats escomptés. Le monitoring (ou suivi) a pour but de s’assurer que le programme s’exécute conformément à la planification préétabli, l’évaluation quant à elle vise à savoir à un moment précis dans quelle mesure et comment les résultats escomptés sont atteints. Ils s’appuient sur des critères qui permettent d’apprécier le progrès réalisé exemple : absence de rupture des services de vaccination, disponibilité des équipements majeurs de la chaîne de froid et des transports, etc.

c) La sécurité de injections : il a été rappelé ce qui suit :

- une injection quand c'est nécessaire et chaque injection doit être sûre
- une injection vaccinale est nécessaire
- une injection sûre = matériel approprié + respect des procédures recommandées (injection, stérilisation, destruction)

d) Types de matériel :

- Seringues autobloquantes avec aiguilles fixes : elles présentent le plus faible risque de transmission de l'infection d'une personne à une personne; c'est le matériel de choix pour les campagnes de masse.
- Seringues et aiguilles stérilisables : elles peuvent être utilisées pour les programmes de vaccination de routine si les éléments ci-dessous sont rigoureusement suivis:
  - respect des procédures de nettoyage et de stérilisation
  - utilisation des pastilles TST
  - supervision
- Il est fortement déconseillé de les utiliser lors des campagnes de masse à cause du risque élevé de transmission des maladies infectieuses pendant ces opérations.
- Seringues et aiguilles jetables (à usage unique) : elles peuvent être utilisées pour les de vaccination de routine si les éléments ci-dessous sont garantis: la destruction après usage
  - le suivi des consommations
  - la supervision
- Injecteurs sans aiguille : elles peuvent être utilisés pendant les campagnes de masse si :
  - il y a impossibilité d'utilisation des seringues autobloquantes
  - les autorités nationales jugent que le bénéfice pour la santé publique compense les risques inhérents de transmission de maladies (ex : la PAHO interdit son utilisation lorsque l'incidence de l'hépatite B est supérieure à 7 pour cent)

e) Nouvelles stratégies pour diminuer le taux de perte de vaccins: elles sont au nombre de deux:

- la mise en place des pastilles de contrôle des vaccins (PCV)
- les nouvelles règles d'utilisation des ampoules entamées

## 8. Les 13 analyses de base de la surveillance du PEV

Un rappel suivi de discussion a été effectué sur les 13 analyses de base de la surveillance du PEV—

1. Carte de localisation par district des cas de PFA chez qui le virus sauvage a été identifié.
2. Carte des cas de rougeole par district.
3. Carte de taux d'incidence de la rougeole par district.
4. Carte des cas de TNN par district.
5. a. Carte des cas suspect de FJ par district; 5.  
b. Carte des cas confirmés de FJ par district.
6. Carte de PFA ayant eu un prélèvement par district.
7. Carte de PFA non polio pour 100.000 <15 ans.
8. Tableau des indicateurs assurant la qualité de la surveillance de la polio.
9. Circuit des échantillons depuis de prélèvement jusqu'au résultat final de labo.
10. a. Carte de complétude de la notification; 10.  
b. Carte de promptitude de la notification.
11. Carte de la couverture DTC3 (routine) par district.
12. Carte de vaccination supplémentaire par district (a. Rougeole, b. VAT, c. FJ).
13. a. Densité de la population par district.  
b. Taille de la population par district.  
c. Taille de la population par province.

## 9. Situation de la surveillance dans le bloc épidémiologiques de l'Afrique de l'Ouest

Une série de cartes représentant les pays du bloc épidémiologique ont été présentées :

- la première représente la distribution de la population avec sa densité au kilomètre carré.
- la seconde carte représente les cas de PFA attendus, calculés sur la base d'un cas ou plus de PFA dans une population de 100.000 enfants de moins de 15 ans
- la troisième est celle qui est nécessaire pour la certification de l'éradication de la poliomyélite. Elle représente, en effet, les 80 pour cent de cas de PFA chez qui un prélèvement de selle a été effectué en vue de la recherche d'un virus sauvage de la poliomyélite.

- la dernière carte représente la situation actuelle en matière de surveillance. Elle a eu le mérite de relever le fait que la surveillance virologique est loin d'être satisfaisante et qu'elle n'a pratiquement pas démarré dans la plupart des pays.

## **10. Budgétisation de la surveillance**

Vue l'importance de la surveillance dans l'Initiative de l'Eradication de la Poliomyélite, AFRO a mis au point un guide de budgétisation des activités de la surveillance. Les items en sont—

- la notification
- les réunions de sensibilisation des cliniciens
- l'enquête des cas : voyage vers le lieu d'enquête, kit de prélèvement, transport des selles au niveau national, transport des prélèvements vers le labo, formation dans l'enquête des cas, impression des formulaires d'investigation
- surveillance active/sensibilisation des cliniciens (visite du niveau central au niveau provincial, visite du niveau provincial au niveau district, coût des communications du PEV (téléphone, fax), coût d'expédition de disquettes à AFRO

## **11. Présentations des pays sur les analyses effectuées**

Le tableau en annexe E fait état des lieux; il met en évidence le fait que tous les pays du bloc ont de gros efforts à effectuer.

## **12. Indicateurs de durabilité du PEV**

La définition de la pérennisation de la vaccination ainsi que les huit indicateurs de son monitoring proposés par le Groupe Spécial sur la Vaccination ont été présentés et discutés. Les grandes suggestions issues des échanges sont reprises ci-dessous, après le libellé des huit indicateurs.

### *a. Plan*

- Existence d'un plan national pluri-annuel à jour (5 ans), approuvé par un comité de coordination inter-agences.
- Existence d'un plan d'action annuel, élaboré à partir des micro-plans provenant des districts, et assorti d'un budget annuel pour le fonctionnement routinier des services de vaccination.

### *b. CCIA : Existence d'un comité de coordination inter-agences pour la vaccination fonctionnel (c'est-à-dire se réunissant au moins trois fois l'an avec un procès verbal des rencontres) et fonctionnant sous l'autorité Ministère de la Santé.*

- c. *Couverture* : Couverture en DTC3 des enfants dans chaque district, exprimée en pourcentage des districts ayant atteint une couverture de moins de 50 pour cent, de 50 à 79 pour cent et de 80 pour cent et plus.
- d. *Abandon* : Taux d'abandon entre le DTC1 et le DTC3, exprimé sous forme de pourcentage de districts (formations sanitaires) ayant enregistré moins ou plus de 10 pour cent d'abandon.
- e. *Enfants complètement vaccinés* : Pourcentage des enfants complètement vaccinés avec les vaccins standards du PEV dans chaque district, exprimé en pourcentage (%) des districts ayant atteint moins de 50 pour cent, 50 à 79 pour cent, et 80 pour cent et plus.
- f. *Financement des vaccins* : Pourcentage du coût des vaccins du PEV utilisés dans les activités de routine, couvert par le budget national et du district l'année dernière.
- g. *Chaîne du froid*
- 1 Existence d'un inventaire annuel à jour des équipements de froid (modèle, localisation, et âge) aux niveaux national, provincial et district et d'un rapport mensuel des districts indiquant l'état de fonctionnement.
  - 2 Existence d'un rapport mensuel des districts indiquant l'état de fonctionnement, afin de déterminer le pourcentage de districts de districts ayant envoyé < 50 pour cent, 50-79 pour cent, 80 ou davantage de rapports mensuels.
- h. *Surveillance*
- Complétude des rapports de surveillance des maladies envoyés par les districts (formations sanitaires), exprimées au niveau du district à la fin de l'année en pourcentage de rapports complets envoyés ; et au niveau national en pourcentage de district ayant envoyé moins de 50 pour cent, 50 à 79 pour cent, et 80 pour cent et plus de rapports complets au cours de l'année.
  - Promptitude des rapports de surveillance des maladies envoyés par les districts (formations sanitaires), exprimées au niveau du district à la fin de l'année en pourcentage de rapports envoyés à temps ; et au niveau national en % de districts ayant envoyé à temps moins de 50%, 50 à 79%, et 80% et plus au cours de l'année.

Les pays présents ont rempli le formulaire d'AFRO sollicitant les réactions par rapport au contenu des indicateurs et à leur utilisation. Les grandes suggestions issues des discussions sont reprises ci-dessous:

- 1 Indicateur e: les informations relatives à cet indicateur ne sont recueillies de façon routinière dans aucun pays du bloc. Il a été suggéré de le laisser tomber.
- 2 Indicateur f: la réalité dans les pays du bloc est que le budget du district ne couvre pas l'achat de vaccin, mais le coût de fonctionnement. Il a été suggéré de concevoir un indicateur qui prenne en compte la proportion du coût de fonctionnement qui est prise en charge par la district.
- 3 Indicateur g2: il serait lourd de confectionner à un rythme mensuel le rapport sur l'état de fonctionnement de la chaîne de froid; le rythme trimestriel, voire semestriel a été proposé. Cependant, certains pays, comme le Mali l'exécutent déjà.
- 4 Le transport des vaccins étant un élément déterminant dans la chaîne des services de vaccination, il a été suggéré que, dans le cadre de la logistique du PEV, un indicateur sur cet élément important soit conçu.
- 5 La participation communautaire est perçue, dans ce contexte de crise économique et de raréfaction de ressources, comme un élément incontournable de la pérennisation; il a été suggéré que soit conçu un indicateur qui prenne en compte la mesure de la participation communautaire, c'est à dire le degré de l'engagement de celle-ci, et sa capacité de prendre en charge certains aspects du coût de fonctionnement du PEV.
- 6 Les pays présents ont été unanimes sur le fait que le nombre des indicateurs de pérennisation à retenir doit rester réduit.

### **13. Besoins prioritaires des pays en appui au cours de l'année 1997**

Il est ressorti clairement des rencontres individuels avec les pays que les domaines prioritaires d'appui correspondants aux besoins ressentis sont essentiellement de trois ordres :

- a. planification/micro planification/évaluation
  - plan nationaux: PEV/logistique
  - JNV
  - TNN (Approche à haut risque)

- b. logistique/chaîne de froid/sécurité des injections
  - évaluation
  - élaboration d'une politique nationale sur la sécurité des injections
- c. formation
  - surveillance: rencontre avec les cliniciens
  - gestion des données
  - gestion des programmes
  - maintenance/chaîne de froid
  - approche à haut risque

**14. Thèmes prioritaires à aborder lors des prochaines réunions**

- a. Intégration du vaccin de l'hépatite B dans le PEV de routine.
- b. Stratégiques de lutte contre l'hépatite B, la fièvre jaune et la méningite.
- c. Mobilisation sociale.
- d. Pérennisation des programmes.
- e. Journées Nationale de Vaccination.
- f. Initiative Indépendance Vaccinale
- g. Politique vaccinale (calendrier ...)
- h. Contribution des directeurs du PEV dans la gestion des épidémies.

**ANNEXES**

**ANNEXE A**

**PROGRAMME DE TRAVAIL DE L'ATELIER**

17

**RENCONTRE DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS FRANCOPHONES DE  
L'AFRIQUE DE L'OUEST PLUS LE GHANA  
COTONOU, du 08 au 12 AVRIL 1997**

**Lieu de la réunion.**

Cotonou, Bénin.  
Hotel PLM/Aledjo.

**Date de la réunion.**

08-12 Avril 1997.

**Objectifs de la réunion.**

- Discuter et partager les expériences sur la conduite des JNV dans la sou-région.
- Revoir et discuter les plans d'action 1997/98 sur les JNV, la surveillance et le PEV de routine.
- Mettre à jour les Directeurs du PEV en matière des politiques et des directives d'AFRO relatives à la surveillance et au contrôle des maladies cibles du PEV (polio, tétanos néo-natal, rougeole, fièvre jaune, ...)
- Partager les indicateurs de durabilité du PEV présentés lors de la réunion TFI/ICC de Décembre 1996.
- Discuter des orientations d'AFRO en matière de la logistique et de la chaîne de froid (inventaire du matériel de la chaîne de froid existant, sécurité des injections, monitoring de la logistique, utilisation des pastilles pour le contrôle des vaccins, et la réutilisation des ampoules entamés )
- Revoir les données de surveillance de l'exercice 1996

**Résultats attendus.**

- Plans d'action 1997/98 sur les JNV, la surveillance et le PEV de routine mis à jour.
- Liste des commentaires relatifs aux indicateurs de durabilité du PEV et à leur opérationnalisation.
- Données de surveillance de 1996 mises à jour et actualisées.

**Profil des participants.**

- Les directeurs du PEV de 11 pays de l'Afrique de l'Ouest: Bénin, Burkina, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Togo, Sénégal.
- Les gestionnaires des données du PEV de ces 11 pays.
- Les points focaux de ces pays en matière de mobilisation sociale.

- Les épidémiologistes des bureaux de l'OMS des 11 pays concernés

**Liste des agences a inviter.**

UNICEF: un membre du Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest  
un membre de l'équipe santé de chaque pays invité

BASICS: Bureau Régional pour l'Afrique Francophone

Union Européenne Bobo-Dioulasso (Bourkina Faso)

Rotary

## **Mardi 08 Avril**

- 08H00-08H45 : Enregistrement des participants
- 09H00-09H30 : Cérémonie d'ouverture
- 09H30-09H45 : *Pause*
- 09H45-10H00 - Objectifs de la réunion  
- Résultats attendus  
- Aspects administratifs
- 10H00-12H30 : Présentation des résultats de la surveillance du PEV:13 analyses de base.  
5 minutes par pays suivi de 5 minutes de discussion (Bénin, Burkina, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Togo, Sénégal)
- 12H00-12H30 Synthèse des présentations pays et recommandations
- 12H30-14H00 *Pause Déjeuner*
- 14H00-15H00 Priorités pour les pays du bloc épidémiologique en 1997  
Discussions
- 15H00-15H30 Stratégies pour réduire la mortalité due à la rougeole  
Discussion
- 15H30-16H00 TNN  
Discussion
- 16H00-16H30 Fièvre jaune  
Discussion

## **Mercredi 09 Avril**

- 8H00-10H00 : Présentations et échanges d'expériences sur l'organisation des JNV.  
15 minutes par pays : Bénin, B.Faso, C.-d'Ivoire, Ghana, Mauritanie, Togo
- 10H00-10H30 *Pause café*
- 10H30-12H30 : Echanges d'expériences sur l'organisation des JNV (suite)  
- Discussions
- 12H30-14H00 *Pause Déjeuner*

4H00-15H30 : Chaîne de froid et logistique du PEV.  
- Introduction sur la logistique  
- Inventaire du matériel existant  
- Monitoring de la logistique

15H30-16H00 *Pause café*

16H00-18H00 : Chaîne de froid et logistique du PEV (suite)  
- Sécurité des injections  
- Nouvelle stratégie pour diminuer le taux de perte de vaccins:  
- la pastille de contrôle des vaccins  
- utilisation des ampoules entamées

### **Judi 10 Avril**

8H00-10H00 : Besoins prioritaires des pays en appui technique au cours de 1997  
- Présentation  
- Discussions.

10H00-10H30 *Pause café*

10H30-12H30: Projet "Initiative d'indépendance vaccinale " dans les pays du CILSS  
- Présentation  
- Discussions

12H30-14H00 *Pause Déjeuner*

14H00-15H30 : Point sur les plans d'action du PEV.  
- Planification sur 5 ans: présentation de expériences par pays.  
- Microplanification (districts): présentation de expériences par pays  
- Expérience de coordination inter-agences: présentation de expériences par pays.

15H30-16H00 *Pause café*

16H00-18:00: Mobilisation sociale (contenu à fixer par Grâce)

### **Vendredi 11 Avril**

8H30-9H00: Indicateurs de la pérennisation  
- Introduction  
- Discussions.

9H00-12:00: Révision de la surveillance informatisée du PEV

NB:

*Les Directeurs du PEV restent ensemble avec les gestionnaires des données du PEV.*

*Les points focaux de la mobilisation sociale se réunissent à part: l'agenda sera suggéré par Grâce et Sanevogu)*

12H30-14H00        *Pause Déjeuner*

14H00-18H00        : Après-midi libre.

**Samedi 12 Avril**

08H30-10H00        : Thèmes prioritaires à aborder lors de/des prochaines réunions

10H00-11H00 :        *Pause café*

11H00-12H00        : Evaluation du séminaire

12H30 : Cérémonie de clôture.

**ANNEXE B**

**LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS**

**LISTE D'ADRESSES**

N°	Noms/Prénoms	Fonction/Organisation	Adresse complète	Pays
1	Dr Philippe Faton Mehundo	Chef Service PEV	BP 298 Cotonou Tél.: (229) 31-23-29 Fax (229)330063	BENIN
2	Dr Adissatou Yacoubou	Point Focal Mobilisation Sociale JNV	BP 298 Cotonou Tél. (229) 31-23-29	BENIN
3	Mme Marie Christine Balley	Responsable des données/PEV	BP 298 - et 03-2624 COTONOU Tél (229) 31-23-29 dle 32.20.45	BENIN
4	Dr Comian Edouard Comlanvi	Epidémiologiste Bureau OMS	OMS/Cotonou, BP 918 Cotonou Tél.: (229) 30 19 07 - Fax (229) 30-42-08	BENIN
5	Dr Jules Millogo	Chef Service PEV	BP 1013 Ouagadougou Tél.: Bur (226) 32 46 69/70 Dom: 30 13 61 Fax: 33 25 41 (e-mail :jmillogo @bur.healthnet.org)	BURKINA FASO
6	Mr Alassane Ouédraogo	Gestionnaire des données PEV	Tél.: (226) 31-22-52 / 31-53-54	BURKINA FASO
7	Mr Alassane Derme	Point Focal Mobilisation Sociale JNV	CNESA 01BP 2519 Ouagadougou01 Tél (226)32.47.04 Burkina Faso	BURKINA FASO
8	Traoré Gaoussou	Epidémiologiste Bureau OMS	OMS/ Ouagadougou, BP 7019 Ouagadougou Tél: (226) 30-65-09 Fax: 33 25 41	BURKINA FASO
9	Dr Cornelia Afi Atsyor	Directeur PEV	DISEASE CONTROL UNIT.mOH Ministry of Health Box 2848 Accra Tél +21.66.36.06 Fax +21. 667980 - 229860	GHANA
10	Paapa Obimpeh Turkson	Gestionnaire données PEV	DISEASE CONTROL UNIT.mOH Ministry of Health Box 2848 Accra Ghana Tél +21.66.36.06 Fax +21.667980	
11	Mr Senyo Kakrada	Point Focal Mobilisation Sociale JNV	Health Education Unit, Ministry of Health P.O.Box 753 Accra, Ghana Tél. 021-66 70 81	GHANA

27

N°	Noms/Prénoms	Fonction/Organisation	Adresse complète	Pays
12	Dr Malifa Balde	Direcur PEV - Chef de section immunisation.M. Santé)	BP 800 Conakry Rép. de Guinée Tél. (224) 46 35 20	GUINEE
13	Dr Ibrahima Founouya Diallo	Gestionnaire donnée du PEV	Superviseur au programme PEV/SSP/ME BP 885 M.Santé Conakry	GUINEE
14	Dr Rodriguez Amabelia	Epidémiologiste Division Epidémiologie	OMS/Guinée Bissau CP. 175 BISSAU Tél. 21.13.18	GUINEE BISSAU
15	Dr Ca Tome	Epidémiologie - Estatistique Division Epidémiologie	MINSAP - BISSAU Rép. Guinée -Bissau Tél. 20.26.82	GUINEE BISSAU
16	Dr Falcoa Duarte	Chef Service PEV	MINSAP - Guinée Bissau Ex.p. 50 - Bissau Tél. 21.13.18	GUINEE BISSAU
17	Dr Konare Sidi Adama	Epidémiologiste Bureau OMS	OMS/Bamako	MALI
18	Mr Bathily Moussa	Gestionnaire données PEV	BP N'tomikorougou Bamako (Centre National d'Immunisation) BP:51 Tél.: (223) 22-39-20	MALI
19	Dr Konaté Mamadou	Directeur Centre National d'Immunisation	Centre National d'Immunisation, BP 51 Bamako Tél.: (223) 22 39 20 Fax (229) 22 77 99	MALI
20	Mr Koné Souleymane	Logisticien OMS/AFRO	S/C OMS BAMAKO	
21	Dr Guitteye Alpha	Conseiller Technique	Centre National d'Immunisation Bamako, BP 51, Tél. (229) 22 3920	MALI
22	Dr Abderrahmane Ould Jiddou	Directeur Adjoint Protection Sanitaire	MSAS BP 177 Nouakchott Tél. (2222) 520-87	MAURITANIE

20

N°	Nom/Prénoms	Fonction/ Organisation	Adresse complète	Pays
23	Dr Mohamdi Ould Sid Ahmed V	Chef Service Education Santé	MSAS BP 177 Nouakchott Tél. (222) 252355	MAURITANIE
24	Dr Corera Choueïbou	Gestionnaire données PEV	MSAS BP 169 Nouakchott	MAURITANIE
25	Dr Yaya Diallo	Epidémiologiste Bureau OMS	OMS/Nouakchott, BP 320 Nouakchott Tél (222) 25-24-02 Téléx : 5811- Fax: (222) 25-86-4	MAURITANIE
26	Dr Sadou Mariama	Directeur PEV	BP 205 Niamey Tél.: (227) 75 20 73	NIGER
27	Mr Moustapha Maïga	Gestionnaire données PEV Epidémiologie/Statistique	BP 205 Niamey Tél.: (227) 75 20 73	
28	Mme Bernadette Ndiaye	Responsable données PEV	Immeuble Vendome Canal In-Pointe E Tel.: (221) 24 74 34 Fax: (221) 24-75-49	SENEGAL
29	Dr Pape Malick Sylla	Epidémiologiste Bureau OMS	OMS/Dakar - BP 40 39 Dakar Tél.: (221) 24-75-49 Fax (221)23 32 55	SENEGAL
30	Dr Aleki Kodjo	Chef Division Epidémiologie	BP 336 Lomé Tél.: (228) 21-31-28 Fax (228) 21-41-94	TOGO
31	Mr Noe Dosseh	Gestionnaire données PEV	BP. 336 Tél.: (228) 21-41-94 / 21-31-28	TOGO
32	Dr Akolly Etsri	Chef Service National d'Education pour la Santé	BP : 336 - Lomé Tél. 21.36.87	TOGO
33	Dr Agbekou Koffi	Epidémiologiste Bureau OMS	OMS/Lomé - BP 1504 Lomé Tél.: (228) 21-33-60	TOGO
34	Mr Edouard Goudote	ROTARY/Bénin	BP 04-0544 Cotonou Tél.: (229) 30-11-18	BENIN
35	Pr. Traoré Moussa	ROTARY/Mali		MALI
36	Dr Jose Fernando Verani	ROTARY/Brésil		BRESIL

26

N°	Nom/Prénoms	Fonction/ Organisation	Adresse complète	Pays
37	Mr Bawa Mankoubi	ROTARY/Togo	BP 888 Lomé Tél.: (228) 21-07-34	TOGO
38	Dr K. Adele	UNICEF/Bénin		UNICEF
39	Dr Jean-Michel Ndiaye	UNICEF/Bureau Régional /WCARO	04 BP 443 Abidjan 04 RCI Tél. 21 31 31	
40	Mr Olivier Paryss Kouta	UNICEF/Congo	BP : 2110 Tél. 83.44.96 - 83.43.19 Brazzaville	Congo
41	Mme Sylvia. H Eksong	UNICEF/Ghana	UNICEF HOUSE Box 5051, Accra North Accra Ghana Tél. 777972/772524 e-mail:sekong@unicef.org	Ghana
44	Dr Mutombo Wa Mutombo	Basics Bureau Régional	Tél.: (221) 24-46-04 Fax (221) 24.24.78 25.30.46	SENEGAL
45	Dr Andrei Lobanov	Epidémiologiste OMS/AFRO	BP 6 Brazzaville Tél.: (242) 83-92-22 - (1407) 953 92-22	CONGO
46	Dr René Z. Coddy	Conseiller PEV OMS/CI	01 BP 2494 Abidjan 01 Tél. (225) 32 28 54 / 22 29 28 Fax : 32-99-96	COTE D'IVOIRE
47	Mr Modibo Dicko	Logisticien OMS/AFRO	BP 6 Brazzaville Tél.: (242) 83-92-24 - (1407) 953 92-24	CONGO
48	Mr Keith Shaba	OMS/AFRO	BP 6 Brazzaville Tél.: (242) 83-92-2 - (1407) 953 92-	CONGO
49	Dr Mac Otten	Epidémiologiste OMS/AFRO	BP 6 Brazzaville Tél.: (242) 83-92-2 - (1407) 953 92-	CONGO
50	Dr Léonard Tapsoba	Conseiller S/Régional PEV OMS/AFRO	01 BP 2494 Abidjan 01 Tél. (225) 32 28 54 / 22 29 28 Fax : 32-99-96	COTE D'IVOIRE
51	Dr Celia Woodfill	Conseiller PEV OMS/Ghana	Tél.: (233-21) 22-52-76 / 23-25-02 / 66-36-06 Fax 77-57-18 P.O. Boxm-142, Accra, Ghana	GHANA
52	Mr L. Sanwogu	OMS/AFRO	BP 6 Brazzaville Tél.: (242) 83- - (1 407) 953	
53	Mme NEILL Maryanne	OMS/HQ	WHO/Gobal Program on Vaccines - Romm M115 20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Suisse Tél: (41-22) 791 46 93 Fax (41-22)791-4193	SUISSE

23

**ANNEXE C**

**PRESENTATION "RAPPEL DES 13 ANALYSES DE BASE DE LA  
SURVEILLANCE DU PEV"**

# ***ANALYSES DE BASE DE LA SURVEILLANCE DU PEV***

<b><i>1 LES RESULTATS</i></b>	<b><i>5</i></b>
<b><i>2 LA QUALITE DU SYSTEME DE SURVEILLANCE</i></b>	<b><i>5</i></b>
<b><i>3 ACTION</i></b>	<b><i>2</i></b>
<b><i>4 CARTE DE REFERENCE DE LA POPULATION</i></b>	<b><i>1</i></b>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b><i>13</i></b>

24

# **1. SURVEILLANCE DES RESULTATS**

1. LOCALISATION/DISTRICT CAS DE PFA-VIRUS SAUVAGE
2. CARTE DES CAS DE ROUGEOLE PAR DISTRICT
3. CARTE DE TAUX D 'INCIDENCE ROUGEOLE/DISTRICT
4. CARTE DES TNN PAR DISTRICT
5. A. CARTE DES CAS DE FJ SUSPECTS PAR DISTRICT  
B. CARTE DES CAS DE FJ CONFIRME PAR DISTRICT

## **2. LA QUALITE DU SYSTEME DE SURVEILLANCE**

6. CARTE CAS PFA-PRELEVEMENT SELLE PAR DISTRICT

7. CARTE PFA NON POLIO POUR 100000 <15 A/PROVINCE

8. TABLEAU DES INDICATEURS DE LA QUALITE DE LA SURVEILLANCE DE LA POLIO

9. CIRCUIT DES ECHANTILLONS DEPUIS LE PRELEVEMENT JUSQU 'AU RÉSULTAT FINAL

10. A. CARTE DE COMPLETITUDE DE LA NOTIFICATION

B. CARTE DE PROMPTITUDE DE LA NOTIFICATION

### **3. MONITORING DE L 'ACTION**

*11. CARTE DE LA COUVERTURE EN DTC3 (ACTIVITE DE ROUTINE)*

*12. CARTE DE VACCINATION SUPPLEMENTAIRE PAR DISTRICT*

*A. ROUGEOLE*

*B. VAT*

*C. FIEVRE JAUNE*

## **4. CARTE DE REFERENCE DE LA POPULATION**

13. *A. DENSITE DE LA POPULATION PAR DISTRICT*

*B. TAILLE DE LA POPULATION PAR DISTRICT*

*C. TAILLE DE LA POPULATION PAR PROVINCE*

**ANNEXE D**

**PRESENTATION: "ELABORATION D'UN BUDGET POUR LA  
SURVEILLANCE"**

# **ELEMENTS DE BUDGETISATION DE LA SURVEILLANCE**

# ***ELEMENTS/RUBRIQUES***

*1. NOTIFICATION*

*2. ENQUETE DES CAS*

*3. SURVEILLANCE ACTIVE*

*4. TRANSPORT DES ECHANTILLONS VERS LE NIVEAU NATIONAL*

*5. TRANSPORT DES ECHANTILLONS VERS LES LABO*

*6. COUT DE LA COMMUNICATION*

*7. EXPEDITION DES DISQUETTES A AFRO*

# **1. NOTIFICATION**

**A. REUNION DE SENSIBILISATION DES CLINICIENS (1 J)  
UNE AU NIVEAU NATIONAL  
UNE DANS CHAQUE PROVINCE**

**B. SENSIBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ POUR  
NOTIFIER LES CAS DE PFA (MASS MEDIA, JNV,  
RENCONTRE MEDICALE, ROLE DE ROTARY)**

21

## **2. ENQUETE DES CAS**

### **A. DEUX TACHES**

#### **- REMPLISSAGE DES FORMULAIRES**

**QUI? PERSONNEL DES SANTRES DE SANTÉ ?  
MEDECINS OU AGENT DE SURVEILLANCE DANS LES  
GRANDS HOPITAUX?**

#### **- TRANSPORT DES ECHANTILONS AU NIVEAI NATIONAL**

**LE PRELEVEMENT DE CAS DE PFA BESOIN EN CF**

**AUTRE PRELEVEMENT: FJ, MENINGITE, CHOLERA**

## **2. ENQUETE DES CAS**

**B. KIT DE PRELEVEMENT : 25-50 CAS A INVESTIGUER  
PAR AN**

**C. FORMATION DU PERSONNEL CHARGE D ' ENQUE-  
TER**

**D. COUT DE L 'IMTPRESSION DES FORMULAIRES  
D 'ENQUETE (PFA, AUTRES)**

**E. PRISE EN CHARGE DE L 'ENQUETE**

### **3. SURVEILLANCE ACTIVE (INTEGREE A LA SUPERVISION)**

*- VISITE DU NIVEAU CENTRAL AU NIVEAU PROVINCIAL (50% DU TEMPS)*

*- VISITE DU NIVEAU PROVINCIAL AU DISTRICT (50% DU TEMPS)*

*- UTILISATION DES OUTILS DE GESTION (QUI DOIVENT ETRE RETOURNES A AFRO)*

#### **4. TRANSPORT DES ECHANTILLONS VERS LE NIVEAU NATIONAL**

*A. 25-50 ECHANTILLONS PAR AN POUR LA PFA.*

*B. FRAIS POUR LE TRANSPORT DES ECHANTILLONS*

**5. TRANSPORT DES ECHANTILLONS VERS LE LABO  
INTERPAYS POUR L 'ISOLEMENT DU VIRUS.**

*A. MECANISME: FAXER, TELEPHONER AU LABO A  
L 'AVANCE.*

*B. ADRESSES: TELEPHONE, FAX (GUIDE AFRO SUR  
LA SURVEILLANCE)*

*C. FONDS POUR L 'EXPEDITION DES ECHANTILLONS*

*D. ROLE DU BUREAU DE L 'OMS DANS LE PAYS*

*22*

## ***ELEMENTS/RUBRIQUES***

***6. COUT DES COMMUNICATIONS (TELEPHONE ET FAX) DU NIVEAU CENTRAL***

***7. ACHAT DES DISQUETTES POUR LES ECHANGES DE L 'INFORMATION AVEC L 'OMS AFRO***

## ***PRIORITES D 'AFRO***

- *REUNION DE SENSIBILISATION DES CLINICIENS (1 J)*
- *SURVEILLANCE ACTIVE*
- *TRANSPORT DES ECHANTILLONS VERS LE NIVEAU CENTRAL*
- *TRANSPORT DES ECHANTILLONS VERS LE LABO INTERPAYS*

*AF*

**Example Surveillance Budget**

Country with 10 million total population, 10 Provinces, 100 Districts

1. Reporting
  - a. Social Mobilization of clinicians and community for reporting of AFP
    - i. mass media - \$1 000
    - ii. during NIDs - \$1 000
    - iii. medical meeting - \$100
    - iv. others - \$1 000
2. **One-day sensitization meetings for clinicians**
  - i. **One at national level**
    - (1) **3 clinicians + 1 public health person from each province + 10 persons from national level = 50 persons total \* \$50 travel + \$25 per diem = \$3 000**
  - ii. **One for each province**
    - (1) **40 participants each meeting \* \$40 \* 10 provinces = \$16 000**
3. Case investigation
  - a. Two tasks
    - i. Completion of the case form
      - (1) Travel - 50 AFP investigations \* \$20 = \$1 000
    - ii. Collection and transport of stool specimen
      - (1) Stool kits? - \$2 000
      - (2) Transport of specimen to lab - see separate section
  - b. Training of case investigators
    - i. Two in each district - 30 participants \* \$50 travel + 3 day per diem @ \$25 = \$3 750
  - c. Cost of printing investigation forms - \$500
4. **Active surveillance/Clinician sensitization (integrated with supervision; >50% time devoted to surveillance)**

45

- a. **National-level making visits to provincial level**
    - i. **1 person traveling 15 days per month \* \$50 per day (transport + per diem) = \$750 per month \* 12 months = \$9 000**
  - b. **Provincial-level persons making visits to district level**
    - i. **1 person traveling 10 days per month \* \$25 per day (transport + per diem) = \$250 per month \* 12 months \* 10 provinces = \$30,000**
5. **Stool transport transport fund at national level**
- a. **50 AFP with stool specimens per year \* \$50 per specimen = \$2 500**
6. Sensitization of clinicians and health workers below the district level
- a. 100 districts + \$200 per meeting (can take place during another type of gathering)  
= \$20 000
7. Transport of stool specimen to another country for poliovirus isolation
- a. 4 poliovirus isolates \* \$50 per isolate = \$200
8. National EPI Unit communication costs -\$500
9. Sharing diskettes with WHO - \$100

**ANNEXE E**

**PRESENTATION: "ETAT DE LA SURVEILLANCE DANS LES PAYS DU  
BLOC"**

Présentations des pays sur les analyses effectuées: le tableau ci-dessous fait état des lieux; il met en évidence le fait que tous les pays du bloc ont de gros efforts à effectuer.

<i>Analyses</i>	<i>Pays</i>								
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
<i>1. Carte de localisation par district des cas de PFA chez qui le virus sauvage a été identifié</i>									+
<i>2. Carte des cas de rougeole par district</i>	+	+		+			+	+	+
<i>3. Carte de taux d'incidence de la rougeole par district</i>				+	+				
<i>4. Carte des cas de TNN par district</i>	+	+	+		+	+	+	+	+
<i>5. a. Carte des cas suspect de FJ par district</i> <i>b. Carte des cas confirmés de FJ par district</i>		+							
<i>6. Carte de PFA ayant eu un prélèvement/district</i>					+				+
<i>7. Carte de PFA non polio pour 100.000 &lt;15 ans</i>									
<i>8. Tableau des indicateurs assurant la qualité de la surveillance de la polio</i>				+					
<i>9. Circuit des échantillons depuis de prélèvement jusqu'au résultat final de labo</i>									+
<i>10. a. Carte de complétude de la notification</i> <i>b. Carte de promptitude de la notification</i>									
<i>11. Carte de la couverture DTC3 (routine) par district</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>12. Carte de vaccination supplémentaire par district</i> <i>a. Rougeole</i> <i>b. VAT</i> <i>c. FJ</i>									
<i>13. a. Densité de la population par district</i> <i>b. Taille de la population par district</i> <i>c. Taille de la population par province</i>	+	+	+	+				+	+
	+	+	+	+				+	+
	+		+	+				+	+

1=Bénin, 2=Burkinafaso, 3=Ghana, 4=Guinée Conakry, 5=Togo, 6=Mali, 7=Niger, 8=Mauritanie, 9=Sénégal.

98

**ANNEXE F**

**PRESENTATION: "LES INDICATEURS DE PÉRENNISATION"**

## **INDICATEURS DE DURABILITE EN MATIERE DE VACCINATION**

### **I - Définition opératoire.**

“La pérennisation de la vaccination est la capacité du système de santé à tous les niveaux, d’assurer à la longue de façon efficace et efficiente, les activités de vaccination dans le cadre des Soins de Santé Primaires, en comptant sur de plus en plus sur la contribution du pays et de la communauté.”

### **II - Critères de selection.**

- \* Validité
- \* Fiabilité
- \* Facile à comprendre
- \* Données disponibles de manière routinière
- \* Mesure rapidement les changements
- \* Mesure les progrès concrets
- \* Permet de fixer des objectifs réalistes (préconise des améliorations)
- \* Réalisable

### **III - Indicateurs proposés.**

#### **1. Plan :**

- 1.1. Existence d’un plan national pluri-annuel à jour (5 ans), approuvé par un comité de coordination inter-agences.
- 1.2. Existence d’un plan d’action annuel, élaboré à partir des microplans provenant des districts, et assorti d’un budget annuel pour le fonctionnement des services routiniers des services de vaccination.

Evaluer : l’effectivité, l’efficacité, la continuité, et l’indépendance

Contrôle : l’engagement politico-administratif; l’assistance des partenaires; l’organisation et le fonctionnement du système de santé; l’appropriation du programme de routine.

Utilisable : niveau national, régional et mondial

2. CCIA : Existence d'un comité de coordination inter-agences pour la vaccination fonctionnel (c'est-à-dire se réunissant au moins trois fois l'an avec un procès verbal des rencontres) et fonctionnant sous l'autorité Ministère de la Santé.

Evalue : l'effectivité, l'efficience, la continuité, et l'indépendance

Contrôle : l'engagement politico-administratif et l'appui des partenaires; le fonctionnement du système de santé; l'appropriation du programme de routine; la stabilité de l'appui.

Utile : aux niveaux national, régional et global.

3. COUVERTURE : Couverture en DTC3 des enfants dans chaque district, exprimée en pourcentage des districts ayant atteint une couverture de moins de 50%, de 50 à 79% et de 80% et plus.

Evalue : la continuité et l'efficacité

Contrôle : la demande de services; l'organisation et le fonctionnement du système de santé; l'appui politico-administratif et si possible celui des partenaires; la capacité des structures et du personnel à livrer des contacts multiples; la disponibilité, l'accessibilité, et l'utilisation des services de routine; l'équité et la distribution des services; le fonctionnement du système de notification; la satisfaction des utilisateurs vis à vis du service.

Utile : aux niveaux district, provincial, national, régional, et global; n'est pas applicable au niveau des formations sanitaires dans lesquelles la population de l'aire de santé n'est pas habituellement connue.

Caractéristique : Porter attention sur le maintien à long terme de la couverture

4. ABANDON : Taux d'abandon entre le DTC1 et le DTC3, exprimé sous forme de pourcentage de districts (formations sanitaires) ayant enregistré moins ou de plus 10% d'abandon.

Evalue : la continuité, l'effectivité, et l'efficience

Contrôle : la capacité des structures et du personnel à délivrer de multiple contacts; la satisfaction des utilisateurs vis à vis du service; la disponibilité, l'accessibilité, et l'utilisation des services de vaccination de routine; l'organisation et le fonctionnement du système de santé; le fonctionnement du système de notification.

Utile : aux niveaux district, provincial, et national pour les questions de gestion/supervision; au niveau formation sanitaire, pour suivre les taux d'abandon là où les populations des aires de santé ne sont pas connues.

5. ENFANTS COMPLETEMENT VACCINES : Pourcentage des enfants complètement vaccinés avec les vaccins standard du PEV dans chaque district, exprimé en % des districts ayant atteint moins de 50%, 50 à 79%, et 80% et plus.

Evalue : la continuité, l'effectivité

Contrôle : la capacité des structures et du personnel à assurer de multiple contacts; la disponibilité, l'accessibilité, et l'utilisation des services de vaccination de routine; l'organisation et le fonctionnement du système de santé; l'équité et la distribution des services; la demande de services; l'engagement politico-administratif et éventuellement l'appui des partenaires.

Utile : aux niveaux district, provincial, national, régional, et global.

6. FINANCEMENT DES VACCINS : Pourcentage du coût des vaccins du PEV utilisés dans les activités de routine, couvert par le budget national et du district l'année dernière.

Evalue : l'indépendance,

Contrôle : l'appui politico-administratif; l'appropriation du programme

Utile : aux niveaux national (et si possible du district), régional, et global

Caractéristique : Faire la distinction entre les besoins pour les activités de routine et ceux pour l'élimination/éradication d'une maladie particulière.

## 7. CHAINE DU FROID.

7.1. Existence d'un inventaire annuel à jour des équipements de froid (modèle, localisation, et âge) aux niveaux national, provincial et district et d'un rapport mensuel des districts indiquant l'état de fonctionnement.

7.2. Existence d'un d'un rapport mensuel des districts indiquant l'état de fonctionnement, afin de déterminer le pourcentage de districts de districts ayant envoyé < 50 %, 50 - 79%, 80 ou davantage de rapports mensuels

Evalue : l'efficacité, l'efficience, et la continuité

Contrôle : l'engagement politico-administratif; l'organisation et le fonctionnement du système de santé

Utile : au niveau district et au-dessus

## 8. SURVEILLANCE

8.1. Complétude des rapports de surveillance des maladies envoyés par les districts (formations sanitaires), exprimées au niveau du district à la fin de l'année en % de rapports complets envoyés ; et au niveau national en % de district ayant envoyé moins de 50%, 50 à 79%, et 80% et plus de rapports complets au cours de l'année.

8.2. Promptitude des rapports de surveillance des maladies envoyés par les districts (formations sanitaires), exprimées au niveau du district à la fin de l'année en % de rapports envoyés à temps ; et au niveau national en % de districts ayant envoyé à temps moins de 50%, 50 à 79%, et 80% et plus au cours de l'année..

Evalue : l'effectivité

**Contrôle :** l'organisation et le fonctionnement du système de santé; la capacité de suivre l'impact; le fonctionnement du système de notification

**Utile :** au niveau district et au-dessus.

**ANNEXE G**

**RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'ATELIER**

**ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE  
GESTIONNAIRES DES DONNÉE DU PEV.**

**EVALUATION JOURNALIERE : 8/4/97**

**9 répondants**

**Cochez dans la colonne qui correspond à votre appréciation :**

**1=mauvais**

**2=moyen**

**3=bon**

**4=très bon**

Aspects administratifs	1	2	3	4	Commentaires
Accueil		1	4	2	
Hébergement	1	1	5		hébergement sous contrainte
Assistance administrative (Informations au départ)	2	2	3		
Assistance administrative (Informations à l'arrivée)	1		5	1	

**Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond à votre appréciation :**

**1=mauvais**

**2=moyen**

**3=bon**

**4=très bon**

Points/session à évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Objectifs et résultats attendus de l'atelier	31	35	35	
Priorités pour les pays du bloc épidémiologique en 1997	36	34	28	
Stratégies et progrès de l'élimination du TNN	35	33	29	
Préparation de la présentation des résultats de la surveillance (les 13 analyses)	33	34	31	un data manager non formé (Guinée)

**ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST**  
**DIRECTEURS DU PEV**

**EVALUATION JOURNALIERE : 8/4/97**

*(16 répondants)*

**Cochez dans la colonne qui correspond à votre appréciation :**

**1=mauvais**

**2=moyen**

**3=bon**

**4=très bon**

Aspects administratifs	1	2	3	4	Commentaires
Accueil	2	2	5	3	
Hébergement	4	3	3	1	laisser le choix au participant
Assistance administrative (Informations au départ)	2	3	6	1	
Assistance administrative (Informations à l'arrivée)	4	1	5	1	

**Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond à votre appréciation :**

**1=mauvais**

**2=moyen**

**3=bon**

**4=très bon**

Points/session à évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Objectifs et résultats attendus de l'atelier	35	356	35	
Priorités pour les pays du bloc épidémiologique en 1997	35	35	33	
Stratégies et progrès de l'élimination du TNN	33	33	32	
Elimination du TNN, approche à haut risque: expérience du NIGER	29	3	28	
Stratégies pour réduire la mortalité due à la rougeole	32	34	33	

**ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST**

**EVALUATION JOURNALIERE : 9/4/97**

*(15 répondants)*

**Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond à votre appréciation :**

**1=mauvais**

**2=moyen**

**3=bon**

**4=très bon**

Points/session à évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Stratégies de lutte contre la Fièvre Jaune	31	34	28	
Présentations et échanges d'expériences sur l'organisation des JNV	37	36	37	temps d'échange insuffisant
Mobilisation sociale	38	35	34	
Chaîne de froid et logistique du PEV . introduction sur la logistique . inventaire du matériel existant . monitoring de la logistique	36	35	34	
Chaîne de froid et logistique du PEV . sécurité des injections . nouvelle stratégie pour diminuer le taux de perte de vaccin . la pastille de contrôle des vaccins . utilisation des ampoules entamées	37	36	33	

## ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

EVALUATION JOURNALIERE :10/4/97

(15 répondants)

Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond à votre appréciation :

1=mauvais

2=moyen

3=bon

4très bon

Points/session à évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Rappel des 13 analyses de base de la surveillance du PEV	34	32	3	doivent entrer dans les habitudes
Situation de la surveillance dans le bloc	32	32	29	necessitera beaucoup de demande et d'appui
Budgétisation de surveillance	31	32	3	
Présentations pays	35	32	25	doivent être améliorée

# ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

EVALUATION JOURNALIERE : 11/4/96

(7 répondants)

Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond à votre appréciation :

1=mauvais

2=moyen

3=bon

4=très bon

Points/session à évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Budgétisation (suite)	38	38	33	
Point sur les plans d'action PEV	38	34	29	
Expérience de coordination inter-agences	34	34	27	
indicateurs de durabilité	36	36	30	

**ANNEXE H**

**SYNTHÈSE DES RENCONTRES INDIVIDUELLES AVEC LES PAYS**

## **RENCONTRE AVEC LES PAYS**

- Objectifs:**
- Discuter des problèmes spécifiques du programme qui n'ont pas été discutés (ou ne pouvaient pas l'être) en plénière.
  - Discuter des problèmes spécifiques posés par le PEV de routine et par la surveillance.
  - Discuter des besoins prioritaires en appui.

### **Burkina Faso.**

#### **A. Situation:**

- La concomitance entre les JNV et la gestion des épidémies a créé quelques problèmes.
- Le directeur du PEV ressent un besoin aigu de la présence des membres du CCIA (dont le plus pesant est l'OMS) pour faire le plaidoyer en faveur de la polio et du TNN, dans le contexte où toute l'attention des autorités du pays est focalisée sur les dégâts qu'occasionnent la rougeole et la méningite.
- Pour le PEV de routine, le grand problème est celui de la pérennisation de la logistique du PEV, et de la prise en charge des charges récurrentes du PEV (gaz pour les réfrigérateurs, carburant).
- L'Initiative Indépendance Vaccinal prend en compte les vaccins du PEV mais le système de commande va à l'encontre du lexique vert qui régit toutes les commandes de l'Etat.
- La supervision est irrégulière, par manque de ressource, mais aussi à cause des aléas relatifs à la supervision intégrée.
- Le système de surveillance spécifique du PEV tend à disparaître pour être englobé dans le système national d'information sanitaire. Le projet PASE forme les agents de santé en surveillance épidémiologique. On déplore cependant la rapide rotation des agents formés
- Un plan de lutte contre le TNN a été soumis à l'OMS; le financement est disponible pour la composante formation. L'UNICEF a pour sa part contribué par l'achat des seringues autoblocantes.

#### **B. Domaines d'appui prioritaire:**

- Plaidoyer du CCIA en faveur des différents domaines du PEV; la seule présence de l'OMS sur le terrain pendant les JNV a fait changer les vues de pas mal d'autorités.
- Logistique du PEV
- TNN: la mise en oeuvre du plan élaboré dans le cadre de l'approche à haut risque.

### **Guinée Bissau.**

#### **A. Situation:**

- Depuis 1995, l'appui de l'OMS et de l'UNICEF ont fortement baissé. La stratégie fixe a été privilégiée au détriment de la stratégie avancée à partir de 1996. L'UNICEF continue à fournir le vaccin (1er trimestre 1997), le pétrole et à supporter la formation, mais pas la supervision. Le budget 1997 n'a pas encore trouvé de source de financement.
- Les grandes lignes du programme sont: (i) la formation des techniciens de la chaîne de froid; la formation dans la planification et la gestion du PEV; (ii) le renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV.

- Les JNV ont déjà été planifiées, mais le budget n'est pas encore acquis. Le 1er passage est prévu pour le 8 Novembre et le second le 13 Décembre.
- La surveillance épidémiologique: la formation des formateurs régionaux (qui a bénéficié de l'appui de la coopération française) a mis l'accent sur le choléra et la méningite; il est question d'intégrer à cette formation les maladies cibles du PEV. Les réflexions sont en cours pour l'introduction d'une surveillance à base communautaire.

*B. Domaines d'appui prioritaire:*

- Logistique du PEV:
  - maintenance de la chaîne de froid
  - contrôle de la qualité des vaccins
  - sécurité des injections.
- surveillance à base communautaire.

*Ghana.*

*A. Situation:*

- Les formations du personnel de santé dans le cadre du PEV remontent à plusieurs années; d'où la nécessité de les recycler. La formation des formateurs s'est arrêtée au niveau des régions.
- Les secondes JNV sont prévues pour Novembre 1997; le coût estimatif est de 7 millions de Dollars, vaccins et porte-vaccins inclus.

*B. Domaines d'appui prioritaire:*

- Logistique du PEV, comprise dans son sens le plus large.
- formation dans le domaine de la surveillance.

*Guinée Conakry.*

*A. Situation:*

- Le programme se sent orphelin dans ce sens qu'il n'a pas été l'objet depuis longtemps d'une visite en provenance d'AFRO. Cette visite pourra catalyser la collaboration avec le Rotary régional, qui mérite d'être renforcée.
- L'allure favorable de la couverture vaccinale pendant les 5 dernières années cache des poches de stagnation et de faible couverture, qu'il est important d'identifier en vue d'une introduction de stratégies appropriées. Seuls 30% de la population vit dans un rayon d'accessibilité au service.
- Les JNV, prévues pour les 1, 2 et 3 Octobre pour le premier passage et les 1, 2 et 3 Novembre pour le second, vont être repoussées en fin Octobre et fin Novembre. Entre temps, le besoin d'approfondir et d'affiner les aspects ci-dessous s'avère primordial: (i) quantification des besoins en logistique, (ii) engagement des bailleurs de fonds (en terme de niveau de contribution aux JNV) en vue d'enclencher le plaidoyer auprès des autorités guinéennes; (iii) mobilisation sociale.
- Surveillance épidémiologique: le pays a besoin de module de formation pour le niveau de district. Il existe en Guinée 35 Centres de santé; les 1500 \$ disponibles pour la formation en surveillance ne sont pas suffisants pour former un agent par centre de santé.

- Le data manager du PEV n'a pas encore bénéficié de la formation sur AIF (AFRO Information for Action)
- Intégration du vaccin anti-amaril dans le PEV de routine: un document bancable existe. Il prévoit de commencer par la Guinée forestière et les préfectures frontalières des pays qui ont connu des épidémies de Fièvre Jaune.
- L'application de l'approche à haut risque n'est pas encore appliquée en Guinée.
- Le matériel pour la logistique du PEV est en place depuis longtemps et mérite d'être renouvelé.
- La Guinée a un problème particulier, celui de la convertibilité de la monnaie. Une approche de solution consisterait à se rapprocher des services financiers de l'UNICEF Guinée; il semble que ce canal est déjà utilisé pour l'achat des médicaments essentiels.

*B. Domaines d'appui prioritaire:*

- Appui dans la formation décentralisée sur la micro planification des JNV.
- Appui dans la mise en oeuvre des JNV.
- Appui par le groupe logistique de l'OMS pour le développement par région et par district des stratégies de renouvellement du matériel de la chaîne de froid.
- Obtenir le plus vite possible (3-4 mois avant les JNV) le guide pour la micro planification du niveau régional et de district, en vue de l'organisation des ateliers de micro planification.
- Appui à l'identification des aires à faible couverture.

*Mali.*

*A. Situation:*

- Plan quinquennal 1997-2001 non encore finalisé pour être soumis aux partenaires.
- Opérationnalisation du système de surveillance: le CNI n'est pas le seul acteur; la Division de l'Epidémiologie en est un autre; la synthétisation du guide de la surveillance est sous sa responsabilité. Un plan d'action a été élaboré pour la formation des cliniciens; 10.000 \$ sont disponibles pour démarrer la formation.
- JNV: le parrainage sera fait par le Général Amadou Toumani Touré (ATT); la structuration du comité d'organisation a été discuté avec le staff du Général. Il reste à négocier les dates pour la micro planification régionale et de district.
- TNN: après une mission effectuée en Octobre dernier par le Dr F. Gasse de l'OMS Genève, 5 districts avaient été choisis pour y appliquer l'approche à haut risque (3 dans la région de Sikasso et 2 dans la région de Gene). La finalisation des plans d'action des 2 régions a eu lieu en Avril; tout est donc prêt pour commencer.

*B. Domaines d'appui prioritaire:*

- Appui à la finalisation du plan quinquennal; l'équipe d'appui pour la finalisation devra comprendre des logisticiens. La période retenue pour cette appui est le mois de Juillet (mission mixte OMS-BASICS)
- Appui pour faciliter la formation des cliniciens dans la surveillance des cas de PFA.

- Appui dans la facilitation des ateliers régionaux de micro planification. Les logisticiens devront être dans l'équipe de facilitation vue l'importance que revêt les aspects de la logistique (estimation des besoins en matériel de la CF...)

## *Niger.*

### *A. Situation:*

- Le directeur du PEV est nouveau; il est en poste depuis 6 mois; il a participé à 2 rencontres des directeurs du PEV; AFRO lui a fait effectuer un voyage d'étude en Mauritanie pendant les dernières JNV; il n'a cependant pas été formé en gestion du PEV (cela vaut aussi pour le directeur du PEV du Bénin: tous deux, bien que non formés, sont très dynamiques et pleins d'initiatives)
- Le Programme s'est engagé dans le processus de décentralisation de la chaîne de froid. Il a obtenu des fonds pour la constructions de 12 hangars dans les régions; ces hangars pourront abriter la chaîne de froid et les groupes électrogènes. Le programme sollicite l'appui des partenaires pour l'obtention de ces 12 groupes. Cela le mettrait à l'abri des coupures intempestives du courant électrique. Dernièrement, la société de distribution de l'énergie électrique était en grève; cela a occasionné pas mal de perturbations.
- Le Programme avait reçu une cinquantaine de réfrigérateurs SIBIR qui n'ont pas pu fonctionner. Le représentant de cette firme qui a pu participer à la réunion va provoquer une mission de sa firme au Niger pour trouver une solution appropriée a la situation.
- Le risque de rupture de stock en vaccin est certain pour l'exercice 1997. Il est question que le Ministre de la Santé puisse rencontrer l'Union Européenne et qu'il puisse en discuter et trouver une issue favorable pendant qu'il est encore temps.
- JNV: la planification du niveau national a été achevée. Il reste à négocier les dates pour la micro planification régionale et de district. La surveillance des PAF n'a pas encore démarré.

### *B. Domaines d'appui prioritaire:*

- Le groupe logistique d'AFRO devra envoyer un logisticien au Niger pour étudier la situation de la décentralisation de la chaîne de froid, construction des hangars pour la chaîne de froid et les groupes électrogènes, mais aussi pour étudier la possibilité de l'utilisation des solutions alternatives, dont l'énergie solaire.
- Appui pour faciliter la formation des cliniciens dans la surveillance des cas de PFA. Période proposée pour cet appui: Juin 97
- Appui dans la facilitation des ateliers régionaux de micro planification. Des exemplaires du guide AFRO pour la micro planification devront être envoyés au plus tôt à Niamey
- Le pays exprime un besoin spécifique dans le cadre de la mobilisation sociale relative aux JNV.

## *Mauritanie*

### *A. Situation:*

- Le PEV de routine est actuellement dans une période très difficile: l'UNICEF finançait le vaccin et toute la logistique du PEV (pris dans son sens le plus large); elle ne le fait plus depuis l'Initiative Indépendance Vaccinale; celui-ci a été mal négocié; il n'y a pas encore de ligne budgétaire alors que l'UNICEF s'est déjà désengagée. La solution

64

transitoire pour l'obtention des vaccins est un compromis entre l'UNICEF et le Ministère des Finances.

La Mauritanie a une culture de campagnes de vaccination multiantigènes qui se situaient dans le cadre des journées maghrébines de vaccination. Les dernières JNV ont associé au vaccin polio oral le vaccin anti-rougeoleux. Le résultat en est que les cas de rougeole sont rares; en outre, on a observé un glissement de l'âge des cas; en effet, 62% d'entre eux sont des adultes

- Il existe 205 unités fixes de vaccination dotées de chaîne de froid; la gestion de celle-ci mérite d'être évaluée.

- Le problème de motivation du personnel de santé en général (et en particulier celui chargé de la surveillance) est une réalité: les salaires sont très bas, et le personnel perçoit la surveillance comme une charge additionnelle.

#### *B. Domaines d'appui prioritaire.*

- Elaboration d'une stratégie de mobilisation sociale pour le PEV de routine basée sur une étude fine de la situation.

- Evaluation de la chaîne de froid

- Evaluation de la sécurité des injections

- Formation dans la surveillance des maladies à potentiel épidémique et dans les maladies cibles du PEV. La période retenue est la première semaine du mois de Mai.

### *Sénégal*

#### *A. Situation:*

- L'utilisation du programme informatique AIFA dans la surveillance du PEV pose le problème d'une saisie parallèle.

- Le vaccin anti-amaril était jusqu'à présent pris en charge par la France. Celle-ci a commencé à se désengager.

- La surveillance basée sur les cas (PFA et TNN): ces aspects ont été pris en compte pendant la formation OMS-UNICEF sur la gestion des épidémies. Les hôpitaux constituent un cas particulier dans ce sens que le système des rapports suit un circuit parallèle à celui que prend les données des centres de santé.

- JNV: la période du premier passage est prévue pour le mois de Novembre 1997 et le second en Décembre.

- La sécurité des injections: une enquête avait été effectuée; un plan d'action avait été confectionné sur la base des problèmes identifiés. Le financement est toujours attendu.

*Depuis la dernière réunion de Ouagadougou sur la gestion des épidémies, réunion à laquelle les Ministres de la Santé ont participé, il a été décidé que les commandes de vaccin antiméningococcique passe désormais par l'OMS/AFRO. Celle-ci va négocier avec les fabricant de ce vaccin pour rendre disponible un stock de vaccin suffisant pour faire face aux épidémies. Lors de la dernière épidémie, le stock de vaccin disponible n'était pas suffisant pour répondre aux besoins de tous les pays. Le seuil pour être éligible d'accéder aux vaccins, selon la commission internationale, est de 15 pour 100.000 malades par semaine. Les pays africains concernés par les épidémies de méningite trouvent cela inacceptable.*

*B. Domaines d'appui prioritaire*

- Appui technique dans l'utilisation du programme informatique AIFA; pour le moment, le data manager procède à une double saisie: la première en Quatro-pro pour les besoins du pays et la seconde en Epi-Info pour les besoins d'AFRO. Il est possible de convertir les données de Quatro-pro en Lotus, puis en Dbase pour ensuite produire les cartes avec Epi Map.
- Le problème de la disponibilité en vaccin anti-amaril peut trouver de solution par la formulation d'une requête adressée à l'Union Européenne dans le cadre de l'Initiative Indépendance Vaccinale pour les pays du CIELSS (Conseil Inter-Etat pour la Lutte contre la Sécheresse au Sahel)
- Pour les JNV, mettre d'abord en place le comité d'organisation.  
La micro planification devra avoir commencé au moins 3-4 mois avant le lancement des JNV. L'appui dans la micro planification régionale et de district est vivement souhaitée.